O połowiczym bólu głowy (*Hemicrania*).

Podał
Dr. Jan Siedlecki,
Sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

W jednym z wtorkowych wykładów w Salpetriére przedstawił prof. Raymond chorą, u której z powodu połowiczego bólu głowy (migreny), trwającego długi czas, wystąpiło jednostronne porażenie trzeciej pary nerwów. Cierpienie to, już oddawna znane, zostało opisane przez Charcota pod nazwą: „Migraena ophthalmoplegica“.

Słuchając opisu powyżej przytoczonego przypadku, uwagę moją uderzyła znaczna różnica zapatrywań pomiędzy autorami francuskimi a niemieckimi, tak co do samej istoty migreny, jak i tłumaczenia wielu jej objawów. Dlatego postanowiłem przedstawić poglądy jednej i drugiej szkoły na tę sprawę, przyczem, przy opisie pojedyńczych działów, starać się będę zapatrywania i różnice uwydatnić.

Migrena jest przeważnie cierpieniem kobiecem. Według statystyki Möbiusa, na 100 przypadków, przypada 40% mężczyzn, a 60% kobiet. Choroba ta najczęściej występuje między 15 a 40-tym rokiem życia. U kobiet ma dość znaczny wpływ na migrenę wystąpienie i ustanie miesiączkowania. Co do migreny, której powstanie odnoszone bywa do nastania miesiączkowania, należy temu twierdzeniu przypisywać mniejsze znaczenie, gdyż jest w zwyczaju publiczności kłaść wiele na karb tego czynnika. Większe znaczenie przypisałbym znacznemu opóźnieniu dojrzałości dziewiczej. W jednym przypadku, spostrzeganym przezemnie, w którym miesiączkowanie wystąpiło dopiero w 19-tym roku życia i to

skąpo i z przerwami po trzy i więcej miesięcy, w okresach tych przerw występowała migrena atypowa. Co do ustania miesiączkowania, to również miałem sposobność spostrzegania przypadku, w którym ustanie wpłynęło na ustąpienie migreny. Zdania autorów tu są podzielone; przeważa jednakże przekonanie, że ustanie miesiączkowania wpływa niekorzystnie na migrenę, a nawet u kobiet, zupełnie od niej wolnych, wiek przejściowy powoduje jej wystąpienie. Migrena jest cierpieniem, dotykającem w równej mierze wszystkie warstwy ludności. Wyrobnicy, według statystyki Möbiusa i innych, równie od niej nie są wolni, jak i osoby, pracujące umysłowo. Według zdania tak francuskich jak i niemieckich autorów, migrena jest chorobą dziedziczną. Przy dokładnem wypytywaniu się można zwyczajnie przekonać się, że dziedziczenie odbywa się prawie zawsze po kądzieli. Inne choroby nerwowe mają również wielki wpływ na migrenę. Dejérine podaje, że na 350 padaczkowych, 24·5% cierpiało na migrenę. Autorzy francuscy, a w szczególności szkoła Charcota, widzą tu tak zw. dziedziczenie zmienne, właściwe rodzinom neuropatycznym, t. j. objawiające się bądź jako histerya, bądź jako padaczka, bądź też jako migrena. W jednym dokładnie mi znanym przypadku, u 40-letniej kobiety, cierpiącej często na migrenę, można było wykazać uzasadnienie powyższego twierdzenia. Ojciec bowiem tej chorej cierpiał na zniedołężnienie umysłowe z porażeniem postępowem (*dementia paralytica*), syn zaś jej również cierpi na silne napady migreny.

Z innych przyczyn, wywołujących migrenę, mamy w pierwszym rzędzie zaburzenia w przemianie materyi, a więc cukrzycę, dnę itd. Co do zapalenia stawów zniekształcającego, podanego przez Charcota, temu stanowczo sprzeciwia się Möbius, który oddziela od siebie te dwie choroby, występujące u jednego osobnika, lecz nie będące wcale w zależności od siebie. Dalej wymienić należy nerwowość. Większość osób, cierpiących na migrenę, należących przeważnie do klas pracujących umysłowo, ludzi zresztą zupełnie zdrowych, jest w pewnym stopniu nerwową. Możnaby więc przypuścić, że migrena stanowi najwyższy stopień nerwowości, jako od niej pochodna, a więc ma związek z większem lub mniejszem ogólnem zwyrodnieniem. Z przyczyn chwilowych, wywołujących migrenę, należy wymienić zatrucie wyskokiem, tytoniem, przebywanie w mieszkaniach wilgotnych i szczupłych, krótki wzrok, nadużycia płciowe i t. p. Niektórzy autorowie

przypisują znaczną rolę zakażeniu, w pierwszym rzędzie zimniczemu; jest to jednak jeszcze sprawa sporna. Migrena występuje pod postacią peryodycznie powtarzających się napadów. W opisie tych napadów spotykamy się ze znaczną różnicą zapatrywań autorów francuskich i niemieckich. Szkoła francuska uznaje tylko migrenę oczną (*migraena ophthalmica*) i o tej tylko jest mowa, tak na wykładach w Salpetriére, jako też w pracach autorów (Babiński, Gałęzowski, Féré i innych).

Szkoła niemiecka, a zwłaszcza Möbius, uważa tak zw. migrenę oczną tylko jako jeden z objawów migreny. Z tych powodów charakterystyka samego cierpienia musi być również różną. Autorzy francuscy, uznając tylko migrenę oczną, rozróżniają cztery objawy tej choroby: mroczki iskrzące (*scotoma scintillans*), połowicze widzenie (*hemiopia*), ból głowy, i zaburzenia w narządzie trawienia.

Autorowie niemieccy dzielą objawy migreny na zwiastunowy powiew (*aura*), ból głowy, i objawy zaburzenia w trawieniu. Są to tak zwane postacie typowe. Wszystkie te objawy mogą na raz wystąpić i wtenczas mamy do czynienia z tak zwanym *status hemicranicus*. Zdarza się jednak, że występuje tylko jeden z powyżej przytoczonych objawów, najczęściej sam ból głowy; wtenczas jest mowa o tak zw. postaciach odmiennych (atypowych). Migrena może być objawem spraw chorobowych, toczących się w mózgu lub rdzeniu; o tem jednak pomówimy poniżej. Podział, podany przez autorów niemieckich, więcej przemawia do przekonania, a to na podstawie spostrzegania klinicznego, gdzie zdarza się zupełny brak objawów ocznych, a mimo to ma się do czynienia z okazową migreną. W opisie pojedyńczych objawów trzymać się będę wzoru, podanego przez autorów niemieckich.

Objawy zwiastunowe: Zwyczajnie migrena zaczyna się rano tak, że chorzy, budząc się ze snu, nie czują się w prawidłowym stanie; często więc można usłyszeć zdanie „dzisiaj będę miał migrenę“. Chory zaczyna doznawać ciężkości w głowie, gniecenia w okolicy żołądka; opisując lekarzowi swoje cierpienie, uskarża się na nieprzyjemny smak i mdły zapach w ustach, który nawet przedmiotowo stwierdzić się daje. W wielu razach jednak te objawy bywają przeoczone, wskutek nieumiejętności samospostrzegania.

Powiew (*aura*), po którym bezpośrednio występuje ból głowy, odbywa się w zakresie zmysłów. Czas jego trwania jest podawany przez chorych rozmaicie; zwyczajnie jednak

przyjąć można 5—10 minut. Najczęstsza jest aura wzrokowa. Polega ona na wystąpieniu tak zw. mroczków. Chorzy zwyczajnie opisują kształt mroczków, który ma być podobny do zębatego muru fortecznego i posiadać czarny środek, otoczony różnobarwnym brzegiem. Środek ten jest migocącym. Mroczki występują przeważnie jednostronnie i z boku tak, że tylko część pola widzenia zasłaniają. Mogą jednak wystąpić w środku i na obu oczach. Obustronne mroczki spostrzegałem raz u 26-letniej kobiety, która, mimo migreny, zmuszoną była pracować; wystąpiły one na ulicy i naraziły ją na wypadek. Obok powyżej opisanego kształtu, mroczki mogą być podobne do błyskawic, raz jasne zupełnie, to znowu ciemne, podobne do *mouches volantes*. Z innych objawów, odnoszących się do aury wzrokowej, wymienianych przez francuskich autorów (Gałęzowski, Souque), jest jednomienne połowicze widzenie i ślepota okresowa.

Przeciwnikiem stanowczym tego tłumaczenia objawów jest Möbius, który twierdzi, że z przypadków, spostrzeganych przez niego, a podaje ich 130, przy najdokładniejszem wypytaniu się, nigdy zupełnego lub połowiczego niewidzenia nie było. On utrzymuje, że w tym przypadku chorzy podają, jakoby im kto jaki przedmiot przed oczami trzymał, że więc o ośrodkowej przyczynie, odnoszącej się do tylnego płatu mózgowego, mowy być nie może, że pewnego stopnia widzenie zawsze jest, a idzie tylko o złą nazwę, którą proponuje jako mroczki (*scotoma*) z rozmaitem umiejscowieniem. Z wykładów odniosłem wrażenie, że w szkole francuskiej zanadto utożsamiają migrenę z głębszemi zmianami mózgu, albowiem powiedziano, że połowicze widzenie w migrenie jest zawsze przemijające, chyba że pochodzi z głębszych przyczyn, n. p. ucisku. Wtenczas oczywiście mowy o migrenie być nie może. Nie zgodziłbym się jednak z Möbiusem, choćby na podstawie tego jednego wyżej wspomnianego przypadku, w którym miałem do czynienia z zupełną, dłużej trwającą ślepotą. Widziałem również chorego w Salpetriére, cierpiącego na silną migrenę, u którego dłużej trwająca zupełna ślepota występowała przed każdym napadem. Co do badania wziernikowego, to Gałęzowski miał znaleźć znaczne zblednienie tarczy nerwu wzrokowego; lecz zdanie innych autorów, szczególniej niemieckich, jest pod tym względem odmienne, albowiem znajdowano nawet w ciężkich przypadkach migreny zupełnie prawidłowe stosunki. Z innych objawów, towarzyszących aurze, są zmiany w zakresie czucia. Chorzy jużto równocześnie z aurą wzro-

kową, jużto w kilka chwil po wystąpieniu mroczków, zaczynają doznawać zboczeń czucia (*paraesthesis*), przeważnie w ręce po tej stronie, po której wystąpiły mroczki. Objaw ten ma wielkie podobieństwo do padaczki Jaksonowskiej i wskazuje na pokrewieństwo tych chorób. Jedna, przezemnie spostrzegana chora, podała sama, bez poprzedniego pytania się o ten rodzaj aury, że w ręce, podczas i przed napadem bólu, doznaje mrówienia i osłabienia, jak również dodała, że ręka ta nie jest zupełnie prawidłowa przez kilka godzin po ustaniu migreny, lecz cokolwiek słabszą. Do dalszych objawów aury należą przemijająca afazya, zawroty głowy, obawa, szum w uszach. Z objawów powyżej opisanych, odpowiadających aurze, najczęściej spotykamy mroczki; inne rodzaje nie występują stale. Jeśli znajdziemy brak objawów odpowiadających aurze, mówimy o atypowej postaci migreny. Najważniejszym z objawów migreny jest ból głowy. Ból ten może występować w różnym stopniu, od uczucia ucisku aż do tak znacznego natężenia, że zwłaszcza przy częstości napadów, może doprowadzić do samobójstwa. Najczęściej występuje w okolicy jednego oka, ztąd nazwa „*migraena ophthalmica*“ nadana przez autorów francuskich. Ból ten jednak w większości przypadków usadawia się w jednej połowie czaszki, najczęściej w okolicy skroniowej, ztąd rozprzestrzenia się ku potylicy i karkowi tak, że chorzy często utrzymują, że wtenczas atak się zakończy, kiedy przejdzie na kark. Nie zgodne są zapatrywania autorów pod względem stosunku mroczek do bólu. Zwyczajnie jednak większość przyjmuje, że mroczki zawsze występują po przeciwnej stronie, niżeli ból. Określenie jakości bólu jest zazwyczaj bardzo trudne; większość jednak chorych określa go, jako świdrujący; jeśli główne natężenie jest w okolicy oka, to jako usadowiony wewnątrz lub za gałką oczną, przyczem ma to być uczucie wysadzania oka na zewnątrz Do objawów, towarzyszących bólowi, należy zaliczyć znaczną wrażliwość na światło. (Gałęzowski wspomina o tak zw. światłowstręcie peryodycznym, podczas którego chorzy zupełnie światła znosić niemogą); następnie objawy przeczulicy skórnej i w zakresie słuchu. Co do stanu psychicznego chorych podczas napadu, to zwyczajnie nie ma utraty samowiedzy. Chorzy zachowują całkowitą świadomość wrażeń. W bardzo rzadkich przypadkach można napotkać osłupienie (*stupor*) jak to opisuje Ferè, lecz w jego przypadku był „*status hemi-*

cranicus", w następstwie którego przyszło do połowiczego niedowładu, trwającego przez kilka dni.

Ostatnim objawem, którym kończy się migrena, są zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Zaburzenia te odnoszą się do żołądka, a objawiają się uczuciem czczości, nudnościami i wymiotami. Chorzy sami oświadczają, że wymioty zakończyłyby cierpienie. Jakość wymiocin jest różna; zwyczajnie są ze znaczną domieszką żółci, w niektórych przypadkach spostrzegano znaczną kwasotę wymiocin. Ze strony jelit spotykamy czasem biegunkę lub zaparcie stolca, które bywa poczytywane za przyczynę migreny.

Zewnętrznych objawów, towarzyszących migrenie, mamy kilka. I tak: spojówka oka po stronie bólu jest czasem zaczerwieniona i przekrwiona; szpara powiekowa zmniejszona przez nieznaczne opadnięcie powieki górnej. Jest to reakcya na wrażenia świetlne, których chorzy w czasie napadu nie znoszą. Jednym z najważniejszych objawów zewnętrznych jest bladość twarzy po stronie bólu. Bladość nie jest jednak objawem stały albowiem często spotykamy zaczerwienienie twarzy i czoła, lub też występowanie plam różowych.

Kilka jest teoryj, służących do wyjaśnienia migreny; do najdawniejszych należy teorya Tissota; do nowych Dubois — Reymonda, Möllendorfa, Charcota i Möbiusa.

Teorya Tissota pochodzi z początku tego wieku; tłumaczy ona migrenę wpływem żołądka, za pośrednictwem połączeń nerwowych, na oko, co następowo wywoływać ma ból w oku, który, gdy dosięgnął najwyższego stopnia, oddziaływa na żołądek zwrotnie, przezco powstawały wymioty, zakończające migrenę. Dzisiaj, gdyby można przyjąć w zupełności wpływ ptomainów i następowe samozatrucie przy migrenie, mogłaby mieć ta teorya w pewnej liczbie przypadków znaczenie. Nie wytrzymuje ona jednak krytyki wobec faktu, że innego rodzaju ból, n. p. nerwu trójdzielnego, nigdy wymiotów za sobą nie pociąga.

Teorya, która do dzisiaj utrzymuje się w całej pełni i którą dzisiaj wszystkie objawy migreny tłumaczy szkoła francuska, z modyfikacyą Charcota, jest teorya Dubois-Reymonda.

Autor ten, sam cierpiąc na migrenę, zauważył u siebie połowicze zblednięcie twarzy. Wypowiedział więc zdanie, że migrena polega na skurczu naczyń przez podrażnienie zwoju nerwu spółczulnego w okolicy szyjnej, przezco wywołany skurcz naczyń, gniotąc na nerwy, położone w ich ścianie,

wywołuje ból. Teorya ta utrzymywała się do czasu, w którym Möllendorf opisał przypadek migreny bez połowiczego zblednięcia twarzy, lecz przeciwnie, było zaczerwienienie. Przyjęto więc, że porażenie włókien nerwu spó ulnego wywołuje rozszerzenie naczyń, a następowo migrenę. Pierwszą nazwano spółczulno-toniczną, drugą spółczulno-porażenną.

Teorye te zostały przeobrażone przez Charcota w ten sposób, że na zasadzie ścisłych spostrzeżeń przyjął on podrażnienie kory mózgowej, jako przyczynę tłumaczącą wszystkie objawy migreny. Podrażnienie to przypisuje tylko skurczowi tętnicy Sylwiusza. Zupełnie różnym w poglądach od wymienionych autorów jest Möbius. W bardzo pięknie przeprowadzonej części teoretycznej swojego dziełka odrzuca on w zupełności wszystkie powyżej przytoczone teorye, a występowanie migreny, przypisuje anatomicznej zmianie molekularnej mózgu i, z całą ufnością wypowiada zdanie, że przy udoskonalających sie sposobach badania histologicznego, jeśli dotychczas nie udało się wykryć przyczyny chorobowej, to z czasem z pewnością wykrytą ona zostanie.

Gdzież jednak mamy szukać właściwej przyczyny migreny i któremu z autorów przyznać słuszność? Jeśli rozglądniemy się w przypadkach guzów mózgowych, w których pierwszymi i długo trwającymi objawami były objawy migreny i dopiero po upływie roku obserwacyi dała się wykazać tarcza zastoinowa, to te przypadki, jakkolwiek tylko pokrewne, jednak rzucają pewne światło na teoryę migreny. Jeżeli przypuścimy rozwijający się bardzo powoli guz w okolicy n. p. ciał czworaczych, to draźnienie włókien nerwowych, będących w ścisłem połączeniu ze sobą, będzie się odbywało w dwóch kierunkach, a mianowicie ku oku i ku płatom potylicznym mózgu. Łatwoby więc było przy guzie z powyższem umiejscowieniem znaleźć wszystkie objawy podobne do migreny, a więc zaburzenia ze strony wzroku, słuchu, a nawet mowy pod postacią afazyi czuciowej (sensorycznej), której ośrodek odnosimy do tylnego płatu mózgu. Ból również dałoby się łatwo wytłumaczyć zadraźnieniem kory mózgowej od zewnątrz.

Jeśli przypatrzymy się również migrenie, dla której Charcot zaproponował nazwę „ophthalmoplegica", gdzie wskutek długo trwających napadów migreny zaczęło się wytwarzać początkowo przejściowe, a w końcu stałe porażenie nerwu okoruchowego, to znajdziemy również podobne sprawy, jak przy guzach w okolicy ciał czworaczych. Migrena taka na-

leży do wielkiej rzadkości. W olbrzymiej kazuistyce Salpetriere spostrzegano 26 przypadków, z których cztery dostało się na stół sekcyjny. W tych 4-rech przypadkach wykazano sprawy anatomiczne, toczące się jużto w mózgu, jużto na oponach tak, że właściwie ich liczyć do powyższych 26-ciu nie można. Pozostałych jednak 22, będących przez długi czas w spostrzeganiu, żadnych innych objawów ze strony mózgu (np. ucisku) nie okazywało. A więc przypuszczenie, że porażenie nerwu okoruchowego było następstwem migreny może być zupełnie wystarczającem. Dalej, jeżeli przypatrzymy się niektórym objawom migreny, a mianowicie aurze połączonej z zaburzeniami ze strony czucia i ruchu, to mimowoli nasuwa się podobieństwo migreny do padaczki, a zwłaszcza do padaczki Jaksona. Möbius zaś idzie tak daleko w porównaniu, że za bardzo wątpliwe uważa te przypadki migreny, w których podczas bólu zauważył szczękościsk lub drgania w okolicy kącika ust.

W migrenie sprawa mogłaby się mieć podobnie; wobec tego jednak, że migrena w większości przypadków jest chorobą lekką i nie pozostawia żadnych śladów po sobie, przyjmowanie zmian anatomicznych dla wszystkich przypadków migreny, jak sobie tego życzy Möbius, byłoby co najmniej za śmiałem. Zdaniem mojem trzeba uwzględnić dwojaką postać migreny, a mianowicie, jedną na tle dziedzicznem, a drugą samoistną. Przez dziedziczność rozumiem jednakże nie tylko dziedziczenie wprost, lecz również tak zw. dziedziczenie zmienne. W pierwszem przyjęcie zmiany anatomicznej, molekularnej w korze mózgowej byłoby rzeczą wskazaną, w drugim przypadku tłumaczenie migreny czy to skurczem naczyń, czy to samozatruciem, wskutek skaz (*diabetes*), czy to inną przyczyną chwilową, byłoby również wystarczającem. Dla tych powodów i w rokowaniu główną uwagę należy zwrócić na obciążenie dziedziczne chorego.

Kończąc wypada mi omówić w kilku słowach leczenie migreny. Tu należy uwzględnić podział podany powyżej. O ile objawy migreny samoistnej prawie zupełnie ustają po podaniu środków wewnętrznych, jak antipiryny, kofeiny, phenacetyny i innych, dawniej używanych, jak wdychiwania azotynu amylowego (*amilnitritu*), podawania małych dawek nitrogliceryny, o tyle postacie dziedziczne opierają się wszelkiemu leczeniu, i chyba tylko chwilowa ulga następuje po podaniu wielkich dawek (3—5 grm dziennie) bromku sodu (Charcot). Obok środków chemicznych zalecają hidroterapią

i elektroterapią. Z hidroterapii natryski i kąpiele morskie; tutaj jednak trzeba pamiętać o tem, że wybór morza nie jest rzeczą obojętną. Brzegi Adryatyku nawiedzane bywają często przez *sirocco*, który często źle wpływa na ludzi, cierpiących na migrenę; dlatego morza niemieckie więcej są wskazane. Z elektroterapii stósowane były prądy galwaniczne i faradyczne rozmaitej siły na głowę i szyję. Zdaje się jednak, że pewnego rodzaju wpływ, może być, że oparty na sugestyi, mógłby mieć prąd przerywany, lecz niestósowany wprost na głowę zapomocą elektrody, lecz tak zw. ręką elektryczną, t. j. przez lekarza, który włącza siebie w koło prądu i ręką wykonuje lekki masaż w okolicy ócz, szyi i skroni chorego.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 24 i 25.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.